



Styresak 054-2019

Tertialrapport 1-2019 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Beate Sørslett, Gro Ankill, Marit Barosen

Dato dok: 27.05.2019

Møtedato: 06.06.2019

Vår ref: 2019/2338

Vedlegg (t): Tertialrapport 1-2019 Nordlandssykehuset HF

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar tertialrapport for 1. tertial 2019 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 1-2019 for Nordlandssykehuset HF. Tertialrapport og årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for utarbeidelse av Helse Nord RHF's årlige melding til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Rapporten består av 45 rapporteringspunkter knyttet til Oppdragsdokument 2019 som Nordlandssykehuset skal rapportere pr 1. tertial. Rapporten er utformet i tråd med mal fra Helse Nord RHF.

Direktørens vurdering

Ventetid og fristbrudd

Nordlandssykehuset har pr første tertial 2019 ikke oppnådd Oppdragsdokumentets krav om lavere ventetid for avviklede pasienter sammenlignet med 2018. Gjennomsnittet for 1. tertial 2019 var 63 dager mot 62 dager samme periode 2018. Ventetid for ventende er på samme nivå som i 2018. Utvikling i ventetider må ses i sammenheng med utvikling i henvisninger og kapasitet på poliklinikk. Nordlandssykehuset hadde fra 2017 til 2018 økning i antall konsultasjoner for poliklinikk/dag innenfor somatikk fra 164.261 til 170.342.

Aktivitetsveksten er delvis håndtert gjennom økt kapasitet i poliklinikk, men denne har ikke vært tilstrekkelig til samtidig å oppnå reduksjon i ventetid. Innenfor enkelte fag er muligheten for kapasitetsøkning begrenset som følge av utfordringer mht rekruttering av spesialister.

Utviklingen i ventetider er jevnlig tema i direktørens møter med klinikkene. Foretaket arbeider videre med reduksjon i ventetid både for pasienter som er ventende og i pasientforløp.

Foretaket har siden 2015 arbeidet aktivt med reduksjon i fristbrudd og har redusert andelen fristbrudd for avviklede pasienter fra 15 % i 2015 til 2,4 % pr 1. tertial 2019. Dette tilsvarer

samme nivå som i 2017 og 2018. Andel fristbrudd for ventende pasienter har økt noe fra 1. tertial 2018 og utgjør 1,7 %.

Kreftpakkeforløp

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen normert tid for foretaket samlet er 62 % pr 1. tertial. Dette er bedre enn gjennomsnittet i Helse Nord (61 %), men er under målet på 70 %.

Pakkeforløp psykisk helse og rus

Fra 1.januar 2019 kunne pasienter henvises til de overordnede pakkeforløpene, deretter er det kommet noen tilstandsspesifikke pakkeforløp. Klinikken har siden disse ble publisert i 2018 arbeidet med å tilpasse pasientforløpene slik at disse samsvarer med pakkeforløpene, både internt og sammen med aktuelle samhandlingspartnere.

Muligheten for å registrere forløpskoder i DIPS ble satt i produksjon i Helse Nord mai 2019. Vi har startet opplæring og begynner nå pilotering på tre enheter, for å finne hvilken arbeidsprosess som er den mest fornuftige for en effektiv registrering. Full utbredelse av opplæring og implementering er ikke mulig før sommeren, pga gjentatte forsinkelser og behov for å pilotere arbeidsprosessene. Gjennom sommeren vil vi evaluere pilotene og velge hvilke arbeidsprosesser som skal implementeres. Ut fra kapasitet hos behandlere vil det gis opplæring også gjennom sommeren. Det er derfor viktig at alle har tilgang slik at dette ikke blir en begrensende faktor på registreringen.

Det betyr at Nordlandssykehuset fra juni vil ha noe registrering, men frem til høst 2019 vil vi ha en relativ lav andel pasienter registrert som inkludert i pakkeforløp. Dersom Nordlandssykehuset skal forsere implementeringen vil det bety at vi må ta ned aktivitet i betydelig grad (eller ansette mange flere), og vi risikerer at pakkeforløpene som er tatt relativt positivt imot får ett negativt fokus. Pasientene våre er verken tjent med redusert kapasitet eller negativt fokus på pakkeforløp. Nordlandssykehuset har informert Helse Nord RHF om dette.

Den gyldne regel

Helse Nord har på regionnivå krav om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader og aktivitet. Nordlandssykehuset har over lang tid hatt betydelig mangel på spesialister innenfor psykisk helsevern og rus. Dette har medført at antall månedsverk på egne ansatte innenfor dette fagområdet er redusert – som videre har medført reduksjon i antall konsultasjoner og økt ventetid. Ventetid for avviklede pasienter i psykisk helsevern og rus har hatt en svak økning fra 1. tertial i 2018, men har økt mindre enn i somatikk – og ventetider er også fortsatt lavere enn i somatikk. Kostnadsutviklingen 1. tertial 2019 har vært høyere i somatikk enn innenfor psykisk helse og rus, men begge områder har hatt kostnadsvekst. Det har vært noe redusert aktivitet både innenfor somatikk og psykisk helse og rus i 1. tertial (-1 %). «Den gyldne regel» er ikke oppfylt i Nordlandssykehuset pr 1. tertial 2019. Foretakets hovedprioritering i 2019 er økning og stabilisering i antall spesialister.

Hepatitt C

Arbeidet med eliminering av Hepatitt C er godt ivaretatt i Nordlandssykehuset. Arbeidet er organisert som prosjekt i et tett samarbeid mellom Medisinsk klinikk og Samhandlingsavdelingen. Det er gjennomført startmøter i Bodø og Lofoten, og Vesterålen står for tur. Siktemålet er at eliminasjon av HCV skal være innfasert i alle kommuner i kjerneområdet innen årets utgang. Arbeidet gjennomføres i tett samarbeid med kommunene og ulike organisasjoner som er i kontakt med personer i risikogruppene.

Tertialrapporten omfatter ikke særskilt rapportering for økonomi, og det vises til styresak 043-2019 Virksomhetsrapport april 2019 for redegjørelse mht status økonomi og tiltaksgjennomføring pr utgangen av 1. tertial.

Tertialrapport

1.tertial 2019



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



Innhold

3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	3
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder.....	3
3.2	Somatikk.....	4
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	7
3.4	Samhandling med leverandører av private helsetjenester	9
3.6	Pasientsikkerhet.....	10
3.8	Forskning og innovasjon	10
4	Øvrige områder	11
4.1	Klima- og miljøtiltak	11
4.2	Personvern og informasjonssikkerhet	11
4.4	Beredskap	12
5	Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp.....	12
7	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	13
7.1	Sikre gode arbeidsforhold	13
7.2	Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	15
7.3	Utdanning av legespesialister	17
8	Innfri økonomiske mål i perioden	17
8.1	Anskaffelsesområdet.....	17

Tertialrapporteringen pr 1. tertial 2019 oppsummerer kun de punkter fra Oppdragsdokument for 2019 som skal rapporteres i dette tertial.

3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

3.1.1 Redegjøre for hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper

Nordlandssykehuset bidrar i regionale og Helse Nord IKT styrte prosjekter for IKT som ut fra vår forståelse følger disse prinsipper og strukturer. Det er ikke startet foretaksspesifikke prosjekter/program innenfor dette området.

Måloppnåelse: Høy

3.1.2 Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid), og rapportere på hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målsetningen om å overholde minst 95 % av avtalene innen 2021

For punkt 3.1.2 er det et problem at det verken finnes regional eller nasjonal definisjon for hvordan planlagt tid skal registreres og evt endres på. Nordlandssykehuset mener at å definere innholdet i DIPS-feltet «planlagt tid» som en inngått pasientavtale i de fleste tilfeller er direkte misvisende.

Punkt 3.1.2, 3.1.3 og 3.2.1 må sees i sammenheng. Disse handler alle om hvordan vi skal ha nok kapasitet på poliklinikk i forhold til behov, ha ryddige ventelister og prioritere de pasientene med størst behov. Fra 2017 til 2018 økte antall konsultasjoner for poliklinikk/dag innenfor somatikk fra 164261 til 170342. Likevel har vi ikke grad fått den kapasitetsøkningen som er nødvendig for å innfri på disse punktene.

Måloppnåelse: Lav

3.1.3 Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenlignet med 2018

Punkt 3.1.2, 3.1.3 og 3.2.1 må sees i sammenheng. Disse handler alle om hvordan vi skal ha nok kapasitet på poliklinikk i forhold til behov, ha ryddige ventelister og prioritere de pasientene med størst behov. Fra 2017 til 2018 økte antall konsultasjoner for poliklinikk/dag innenfor somatikk fra 164261 til 170342. Likevel har vi ikke grad fått den kapasitetsøkningen som er nødvendig for å innfri på disse punktene. For punkt 3.1.2 er det også et problem at det verken finnes regional eller nasjonal definisjon for hvordan planlagt tid skal registreres og evt endres på.

Måloppnåelse: Middels

3.1.4 Gjennomføre tiltakene fra prosjekt Transport psykisk syke i samarbeid mellom psykisk helsevern og prehospitale tjenester. Finnmarkssykehuset skal samarbeide med UNN og Helgelandssykehuset skal samarbeide med NLSH

Nordlandssykehusets arbeid med «Transport av psykisk syke» fortsetter. Vi har sivile ledsagere både i Lofoten, Vesterålen og Bodø som flyr på oppdrag. Til høsten planlegges det et siste kurs for ambulansearbeidere i Vesterålen. Samtidig ser vi på muligheten for å arrangere et oppfølgingskurs for de sivile ledsagerne som flyr med ambulansefly. Et praktisk casetrenings kurs hvor de får øvd på å løse ulike problemstillinger som kan dukke opp i møte med pasienter. Dette planlegges å starte opp til høsten. En erfaring både Helgelandssykehuset og Nordlandssykehusets gjorde seg i prosjektperioden var at det ville være hensiktsmessig å styrke samarbeidet på tvers av foretakene. Dette slik at sivile ledsagere kan reise på tvers av sykehusenes ansvarsområder. En slik organisering ville være i tråd med organiseringen av ambulanseflyene hvor et fly fra Bodø gjerne henter pasienter i Mosjøen eller Mo i Rana. Dette vil krever en forankring av arbeidet hos alle involverte parter og også i begge foretakene, slik at screening av pasienter med hensyn til sikkerhet og håndhevelse av lovverk blir ivaretatt på en god måte.

Måloppnåelse: Høy

3.2 Somatikk

3.2.1 Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018 og være under 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019

Punkt 3.1.2, 3.1.3 og 3.2.1 må sees i sammenheng. Disse handler alle om hvordan vi skal ha nok kapasitet på poliklinikk i forhold til behov, ha ryddige ventelister og prioritere de pasientene med størst behov. Fra 2017 til 2018 økte antall konsultasjoner for poliklinikk/dag innenfor somatikk fra 164261 til 170342. Likevel har vi ikke i tilstrekkelig grad fått den kapasitetsøkningen som er nødvendig for å innfri på disse punktene. For punkt 3.1.2 er det også et problem at det verken finnes regional eller nasjonal definisjon for hvordan planlagt tid skal registreres og evt endres på.

Måloppnåelse: Middels

3.2.4 Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgiatlasen, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innen skulderoperasjoner, meniskoperasjoner for pasienter over 50 år og fjerning av mandler.

Kirurgisk klinikk har igangsatt et omfattende arbeid for å forbedre en rekke aspekter ved operasjonsaktiviteten. Vurdering av omfanget av ulike typer operasjoner vil være en del av dette arbeidet. Ulike tiltak vil bli iverksatt, men rekkefølgen av disse og tidsplan for iverksetting er ikke bestemt.

Måloppnåelse: Lav

3.2.5 Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatlasen, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.

Det er gjennomført fagrådsmøte med Lofoten og Vesterålen hvor dette var tema. Videre oppfølging vil bli gjort i neste fagrådsmøte i mai. Pr dags dato er ikke avtalespesialistene involvert.

Måloppnåelse: Middels

3.2.6 Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst

Andel pakkeforløp for kreft gjennomført innen standard forløpstid:

- Hele landet er 65 %
- Helse Nord 61 %
- Nordlandssykehuset ligger på 16. plass (av 22 HF) med 62 %.

Pakkeforløp kreft NLSH 1. tertial 2019	
Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid (OF4)	
Alle pakkeforløp	62 % (148/238)
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Ingen tall
Blærekreft	78 % (18/23)
Brystkreft	70 % (38/54)
Bukspyttkjertelkreft	75 % (3/4)
Eggstokkreft (ovarial)	67 % (2/3)
Føflekkreft	85 % (11/13)
Galleveiskreft	Ingen tall
Hjernerkeft	Ingen tall
Hode- halskreft	67 % (4/6)
Kreft hos barn	Ingen tall
(all behandling startes ved UNN Tromsø)	
Kreft i spiserør og magesekk	0 % (0/2)
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	0 % (0/1)
Livmorhalskreft (cervix)	33 % (1/3)
Livmorkreft (endometrie)	71 % (5/7)
Lungekreft	67 % (20/30)
Lymfomer	25 % (1/4)
Myelomatose	100% (3/3)
Nevroendokrine svulster	Ingen tall
(ingen mapping til ICD-10-kode)	
Nyrekreft	50 % (1/2)
Peniskreft	Ingen tall
Primær leverkreft (HCC)	0% (0/1)
Prostatakreft	42 % (22/52)
Sarkom	100 % (1/1)
(ingen mapping til ICD-10-kode)	
Skjoldbruskkjertelkreft	Ingen tall
Testikkelkreft	100 % (1/1)
Tykk- og endetarmskreft	61 % (17/28)

Måloppnåelse: Middels

3.2.7 Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Det bedrives et kontinuerlig forbedringsarbeid for å vedlikeholde og forbedre pasientforløpet ved akutt hjerneslag. Fra og med november 2018 er det iverksatt simulering av hele den intrahospitale kjeden hvor samtlige faggrupper som jobber med akutt hjerneslagbehandling deltar.

Ved NLSH, Bodø, har 92 % av pasientene med hjerneinfarkt fått trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse.

Av de aktuelle kandidatene i Lofoten (3 pasienter) første tertial, har alle (100 %) fått trombolyse innen 40 minutter.

I Vesterålen har de hatt 21 akutte slagpasienter så langt; 15 hjerneinfarkt og 6 hjerneblødninger. Det har vært gitt 2 trombolysen hvor en var innenfor 40 minutter.

Måloppnåelse: Høy

3.2.8 Ikke ha korridorpasienter

Nordlandssykehuset Bodø har omfattende ombyggingsaktiviteter, og derav fortsatt stor trangboddhet. Første tertial har vi hatt 155 korridorpasienter. For å redusere antall korridorpasienter har vi ulike strategier: Øke andel sammedagskirurgi og dagkirurgi, Arbeid ut mot kommunene for å redusere antall døgn med utskrivningsklare pasienter. Forbedring av pasientforløp med reduksjon av unødvendig liggetid. I denne fasen i byggeprosessen har vi færre obs-senger i Bodø. Dessverre vil nok fortsatt korridorpasienter være en problemstilling ved Nordlandssykehuset Bodø inntil sengepostområdene i A/B fløya (høyblokka) er ferdig renoveret.

Måloppnåelse: Middels

3.2.9 Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste

I første tertial er 64% av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. Vi har et problem med at epikriser som godkjennes før pasienten er utskrevet ikke teller med i statistikken og det er sendt inn endringsønske for å få dette endret.

Måloppnåelse: Middels

3.2.10 Rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, og hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp

Foretaket tilstreber å følge retningslinjene med tilpasning/hjelp til pasientens individuelle behov. Samarbeidsarena med lokal helsestasjon er opprettet. Dette ble diskutert i oppfølgingsmøte mellom Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset HF 02.05.19 hvor konklusjonen var at dette er ivarettatt.

Måloppnåelse: Høy

3.2.17 Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinataalkomite for Nordland

Dette ivaretas i Barneklubben.

Måloppnåelse: Høy

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

3.3.1 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner)

Funksjon	Indikator	Endring 18-19
Somatikk	Månedssverk	-1,00 %
Psykisk helse og rus	Månedssverk	-3,50 %
Somatikk	Økonomi	2,80 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	0,40 %
Somatikk	Konsultasjoner	-1,00 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	-0,90 %
Somatikk	Ventetid avviklet	1,60 %
Psykisk helse og rus	Ventetid avviklet	0,90 %

Nordlandssykehuset har over lang tid hatt betydelig mangel på spesialister innenfor psykisk helsevern og rus. Dette har medført at antall månedssverk på egne ansatte innenfor dette fagområdet er redusert – som har videre har medført reduksjon i antall konsultasjoner og økt ventetid. Ventetid for avviklede pasienter i psykisk helsevern og rus har hatt en svak økning fra 1. tertial i 2018, men har økt mindre enn i somatikk – og ventetider er også fortsatt lavere enn i somatikk.

Utviklingen er ikke ønsket fra foretakets side. Nordlandssykehuset har det siste året hatt en strengere praksis for innleie av personell, men som følge av rekrutteringsutfordringene innenfor psykisk helsevern og rus har alle søknadene om innleie på dette området blitt innvilget. Kostnadene innenfor psykisk helsevern og rus hadde gjennom hele 2018 større vekst enn kostnadene innenfor somatikk. I 1. tertial er det fortsatt vekst i kostnadene til psykisk helsevern og rus sammenlignet med 2018, men veksten innenfor somatikk i samme periode har vært noe høyere. Kostnadsveksten innen psykisk helsevern og rus 1. tertial er hovedsakelig knyttet til innleie av personell og kjøp av tjenester utenfor foretaket.

Foretakets hovedprioritering i 2019 er økning og stabilisering i antall spesialister.

Måloppnåelse: Middels

3.3.2 Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 30 dager for psykisk helsevern barn og unge og TSB

Det jobbes aktivt med ventetidsutfordring for PHV, PHB og TSB. Grunnet økende tilsøkning og mangel på behandlere(spesialister) er mål ikke nådd.

Måloppnåelse: Middels

3.3.3 Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.

PHBU jobber aktivt med å legge om praksis og etterkomme kravene. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i produksjon har vi ikke statistikk som kan si noe om måloppnåelsen.

3.3.4 Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.

PHBU jobber aktivt med å legge om praksis og etterkomme kravene. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i produksjon har vi ikke statistikk som kan si noe om måloppnåelsen.

3.3.5 Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.

PHV jobber aktivt med å legge om praksis og etterkomme kravene. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i produksjon har vi ikke statistikk som kan si noe om måloppnåelsen.

3.3.6 Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.

PHV jobber aktivt med å legge om praksis og etterkomme kravene. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i produksjon har vi ikke statistikk som kan si noe om måloppnåelsen.

3.3.7 Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 pst.

TSB jobber aktivt med å legge om praksis og etterkomme kravene. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i produksjon har vi ikke statistikk som kan si noe om måloppnåelsen.

3.3.8 Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnetenhet skal være minst 60 pst.

TSB jobber aktivt med å legge om praksis og etterkomme kravene. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i produksjon har vi ikke statistikk som kan si noe om måloppnåelsen.

3.3.9 Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.

Det jobbes aktivt med å få sendt ut flest mulig epikriser innen 1 dag i både PHV og TSB. Dagens statistikk underrapporterer fordi rapporten i DIPS EPJ ikke tar med utsendte epikriser der epikrise godkjennes/sendes før pasienten er skrevet ut.

Måloppnåelse: Middels

3.3.11 Oppnevne forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter innenfor BUP, VOP og TSB.

Det er oppnevnt forløpskoordinatorer innen alle tre fagområder. Rollebeskrivelse, spesifiserte arbeidsoppgaver og endelig organisatorisk plassering er ikke fastsatt enda. Bruken av DIPS Arena forløpsregistrering vil være medvirkende til hvordan rollen skal utformes i det videre.

Måloppnåelse: Høy

3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

3.4.1 Delta i gjennomgang av samarbeidsrutinene med rehabiliteringsinstitusjoner.

Helse Nord har inngått de overordnede avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene som omhandler kjøp av spesialiserte rehabiliteringstjenester for definerte målgrupper. De rehabiliteringsinstitusjonene som ligger geografisk nærmest NLSH og som brukes mest av pasienter fra NLSH, er Valnesfjord Helseportssenter og Nordtun Helse Rehab. Gjeldene avtale med Valnesfjord Helseportssenter og Nordtun HelseRehab er forlenget til 31.12.2020.

Det er ikke etablert formelle samarbeidsrutiner på foretaksnivå mellom NLSH og rehabiliteringsinstitusjonene og heller ikke på klinikk-/avdelingsnivå. Det samarbeides i forhold til enkeltpasienter/grupper og i forhold til fagutveksling. Det er etablert fagavtale i forhold til utdanning av LIS mellom NLSH og Valnesfjord Helseportssenter. NLSH vil bidra i etablering av og gjennomgang av rutiner for samarbeid der det initieres et behov for samarbeidsrutiner.

Måloppnåelse: Middels

3.6 Pasientsikkerhet

3.6.1 Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.

Andelen sykehusopphold med legemiddelliste samstemt inn er per 1. april totalt 36 % for Nordlandssykehuset HF. Variasjonen for enkeltenheter er 10-85 %. Tall for april er ikke inkludert da kodingen ikke er ferdig.

Lave tall skyldes bla at:

- En del legemiddellister er ikke kodet selv om samstemming er gjort etter prosedyre. Dette skyldes at signering på kurven blir avglemt.
- Den nye målemetoden opererer med et større antall sykehusopphold (nevner) enn tidligere målinger, og gir dermed en lavere andel.
- Ikke alle oppdaterer rutinemessig legemiddelmodulen ved samstemming. Dette kan skyldes dårlig tid og at de aktuelle ikke har lært den godt nok ennå. Det er i april gjennomført samling med alle Samstem-teamene i Nordlandssykehuset hvor det ble fokusert på de utfordringene vi har med å oppnå måloppnåelse.

Måloppnåelse: Lav

3.8 Forskning og innovasjon

3.8.1 Risikovurdere alle verktøy som brukes til å registrere og oppbevare forskningsdata, i samarbeid med personvernombud (PVO).

Det har nylig vært av holdt planleggingsmøte for gjennomføring av risikovurdering. Her ble alle aktuelle verktøy og risikoelementer bli gjennomgått og kartlagt. Selve risikovurderingen gjennomføres i løpet av juni.

Måloppnåelse: Høy

3.8.5 Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer.

Nordlandssykehuset har bedt om å bli innlemmet i Nord Universitets redelighetsutvalg, da vi ikke ser det som hensiktsmessig å etablere et eget på grunn av forventet lavt antall saker. På grunn av interne forhold ved Nord universitet har ikke forskningsadministrasjonen gitt tilbakemelding på henvendelsen om felles redelighetsutvalg som ble sendt i 2018. Etter kontakt med administrasjonen har man beklaget at dette har dratt ut i tid og gitt tilbakemelding om at saken etter alt å dømme blir behandlet i forskningsutvalget ved Nord universitet i andre halvdel av mai. Nordlandssykehuset avventer denne behandlingen og svar fra UiN.

Måloppnåelse: Lav

4 Øvrige områder

4.1 Klima- og miljøtiltak

4.1.1 Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorene og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019

Disse er målsatt og registret 7. februar. Målinger på indikatorer gjøres årlig og rapporteres i årlig melding.

Måloppnåelse: Høy

4.2 Personvern og informasjonssikkerhet

4.2.3 Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking

Nordlandssykehuset HF har rapportert avvik som ikke er lukket med tiltaksplan i brev til Helse Nord RHF datert 28.02.

Måloppnåelse: Høy

4.2.4 Revidere driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene. Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.

Databehandleravtale med HN-IKT revideres på nåværende tidspunkt. Ansvarsfordeling for inngåelse av databehandleravtaler er ikke avklart enda, det forventes derfor å ha inngått revidert databehandleravtale innen 3. kvartal 2019.

Måloppnåelse: Høy

4.2.7 Starte innlevering av fysisk pasientarkivmateriale innen april 2019. Helseforetakene skal utarbeide plan for ressurser og volum for avleveringsprosessen, jf tilsendt mal, innen 1. mars. 2019.

Her har avdeling Post og dokumentasjon startet dialogen med Helsearkivet. Det er avklart at den nyeste delen av morsjournaler fra psykiatri skal sendes først. Jobben startet i uke 17, men det har dukket opp uklarheter som det avventes tilbakemelding fra Helsearkivet før jobbet kan fortsette.

Måloppnåelse: Middels

4.4 Beredskap

4.4.2 Ha oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater.

Type	Bodø	Vesterålen	Lofoten
Pasientsenger	220	80	80
Luftsmitteisolat	2	1	
Kontaktsmitteisolat	22	5	3
Enerom (inkl. eget bad og toalett)	43	67	13
Enerom med eget bad og toalett	16	67	10

Måloppnåelse: Høy

5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

5.1.2 Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenesteavtale 5)

Dette er et kontinuerlig arbeid, hvor vi sammen med flere kommuner har arbeidet målrettet for å forbedre kommunikasjon begge veier.

Måloppnåelse: Middels

5.1.7 Etablere lavterskeltilbud for diagnostikk og behandling av Hepatitt C i samarbeid med kommunene.

Arbeidet med eliminering av Hepatitt C er godt ivaretatt. Arbeidet er organisert som prosjekt i et tett samarbeid mellom Medisinsk klinikk og Samhandlingsavdelingen. Det er gjennomført startmøter i Bodø og Lofoten. Vesterålen står for tur. Siktemålet er at eliminasjon av HCV skal være innfasert i alle kommuner i kjerneområdet innen årets utgang. Arbeidet gjennomføres i tett samarbeid med kommunene og ulike organisasjoner som er i kontakt med personer i risikogruppene.

Måloppnåelse: Middels

5.1.8 Registrere antall samhandlingsavvik meldt fra kommunene og fra helseforetakene.

Foretaket registrerer antall avvik fortløpende.

Måloppnåelse: Høy

7 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

7.1 Sikre gode arbeidsforhold

7.1.1 Innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter "all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l."

Registrering av bierverv skjer via Personalportalen etter etablerte rutiner. Påminnelse om registrering av bierverv sendes ut til den enkelte ansatte samt ledere hvert halvår.

Type	Kategori	Navn	Personer
1000 - Bierverv	1010 - Undervisningsstilling	1011 - Hovedstilling	2
		1012 - Bierverv	58
		1013 - Annet	5
	1020 - Annet ansettelsesforhold	1021 - Annet HF/RHF	20
		1022 - Privat sykehus/virksomhet	15
		1023 - Annet	177
	1030 - Egen bedrift	1031 - Innen eget fagområde	51
		1032 - Annet	64
	1040 - Styreverv	1041 - Annet HF/RHF	4
		1042 - Privat sykehus/virksomhet	10
		1043 - Annet	160
	1050 - Sporadiske vakter	1051 - Annet HF/RHF	10
		1052 - Privat sykehus/virksomhet	7
		1053 - Annet	52
	1060 - Nærstående	1062 - Nære familiemedlemmer med relasjoner til HF/RHF	1
	1070 - Ingen bierverv	1071 - Ingen bierverv	1344

Det er registrert 636 bierverv av ansatte i NLSH, mens 1.344 ansatte har registrert at de ikke har bierverv. Det er registrert 3.625 ansatte totalt i NLSH (jf. Personalportalen).

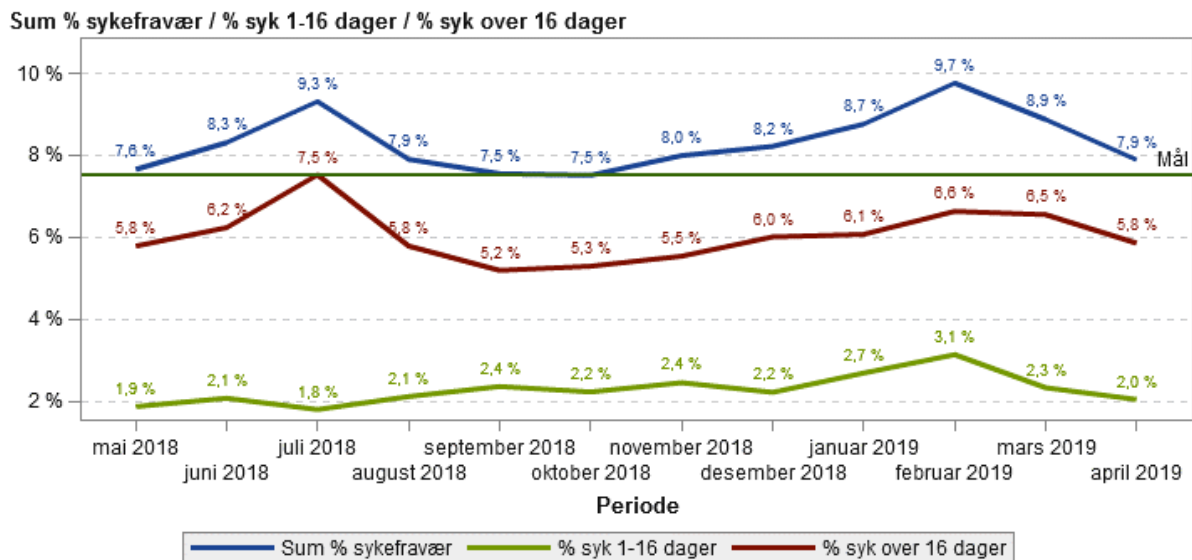
Forslag til ny felles prosedyre for bierverv i Helse Nord er drøftet med tillitsvalgte 13.mai og behandlet i direktørens ledergruppe 14.mai Høringsuttalelse er sendt Helse Nord

Måloppnåelse: Middels

7.1.2 Plan for reduksjon av innleie av personell skal styrebehandles innen 1. juli.

Styresak ble behandlet av styret 21. mai 2019 – se styresak 047-2019 *Plan for reduksjon av innleie*.

7.1.4 På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021.



Vi har innarbeidet rutiner for å redusere og forebygge sykefravær iht. målsettingene.

For enkeltansatte:

- Bistand i dialogmøter, oppfølgingsmøter og avklaringsmøter; bidra til å se løsninger i enkeltsaker både i forhold til ansatte, ledere og enhet.

For enheter/klinikker:

- Følge opp ForBedring 2019
- Handlingsplaner skal utarbeides og HR/HMS bistår ved behov.
- Utføre arbeidsmiljøkartlegginger og faktaundersøkelser.
- Oversikt over sykefravær og AML brudd som kan ligge til grunn for tiltak fra HR HMS seksjonen.
- Utføre ulike målinger/kartlegginger i forhold til fysisk arbeidsmiljø.
- Møte tre ganger i året mellom HR ledelse og klinikkledelse. Fokus i møtene er status i enheter og klinikker og eventuelt behov for bistand.
- Staber samarbeider/bistår med sin kompetanse i saker der det er behov for det.
- Utføre risikoanalyser.
- Diverse målinger av inneklima.
- Bidra til å synliggjøre og koordinere muligheter som BHT og Nav kan bistå med.
- Synliggjøre tilretteleggingsmuligheter, vurdere omplassering og eventuelt utprøving på andre enheter.

Opplæring/kurs som berører sykefravær og generell HMS:

- Lederopplæring for alle ledere.
- HMS kurs for verneombud, ledere og tillitsvalgte to ganger pr år.
- Kurs/undervisning i sykefraværsoppfølging både for arbeidstakere og ledere.
- Bruker også aktivt kurs som tilbys fra Nav arbeidslivssenter.
- Temabasert opplæring på forespørsel.
- ForBedringsutdanning høst 2019.
- Kurs i stressmestring, konflikthåndtering og vold og trusler og andre relevante tema.
- Opplæring i systembruk.

Ved utgangen av april ser vi ut til å ligge rundt regnet 0,5 prosentpoeng over måltallet samlet sett. Korttidsfraværet denne perioden ligger derimot foreløpig innenfor måltallet. Dette bildet kan dog endre seg dersom det viser seg at datagrunnlaget ikke er fullstendig registrert på rapporteringstidspunktet.

Måloppnåelse: Middels

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

7.2.2 Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.

Bemanningssenteret er i gang med rekrutteringen til heltidsstillinger. Sykepleierne som har takket ja kommer fra andre virksomheter, fra vikarstillinger i egen virksomhet og fra sykepleierkullet som er ferdig våren 2019. I tillegg rekrutteres det også til kombinasjonsstillinger hvor sykepleierne får tilbud om stillingsbrøk ved en enhet i kombinasjon med stillingsbrøk i Bemanningssenteret. Tilsammen skal også kombinasjonsstillingene tilsvare heltidsstillinger. De fleste som har takket ja til stillinger i Bemanningssenteret har allerede forpliktet seg til å jobbe heltid i ferievikariat ved ulike sengeposter i sommer og vil først kunne medregnes i andelen heltidsstillinger i fra september. Noen av sykepleierne som har blitt tilbudt fast stilling vil fortløpende begynne i sine stillinger frem mot sommeren.

Bemanningssenteret bygges opp gradvis, slik at vi evner å treffe fraværet og dermed noe av behovet enhetene har for å dekke inn dette. Fordi hver enkelt sykepleier skal rullere mot et begrenset antall enheter, vil oppbyggingen av senteret kreve et tett samarbeid med enhetene og en lojalitet i organisasjonen til å benytte Bemanningssenterets ressurser. Av sykepleierne som har takket ja til stilling i Bemanningssenteret, opplever vi at de fordeler seg slik at en større andel har grunnutdanning, men også spesialsykepleiere med lang erfaring har takket ja til kombinasjonsstillinger.

Heltidsansatte sykepleiere pr. kategori	Gjennomsnittlig antall 2018	Andel % 2018	Gjennomsnittlig antall hittil 2019	Andel % 2019	Endring antall ift. 2018	Endring prosentpoeng ift. 2018
Spesialsykepleier	366	64,08	354	63,92	-12	-0,17
Sykepleier	173	35,11	183	34,83	10	-0,28
Jordmor	19	34,22	21	37,17	2	2,95
Sum alle sykepleiere	559	49,84	558	49,14	-1	-0,70

Tabellen illustrerer at andelen fast ansatte sykepleiere er redusert med 0,7 prosentpoeng ift. basisåret 2018. Gjennomføringen av planlagte tiltak for å nå målet vil ta tid, men allerede fra høsten venter vi at andelen heltidsansatte øker.

Måloppnåelse: Middels

7.2.3 Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være over 5 pst.

I framtiden vil vi mangle sykepleierkompetanse og har bl. a. behov for å iverksette et prosjekt om oppgaveglidning for å identifisere hvilke oppgaver sykepleierne gjør i dag som helsefagarbeiderne kan utføre. For øvrig vil følgende tiltak bli vurdert for å nå målsettingen om 5 % andel helsefagarbeidere innen 2021:

- Kartlegge andel helsefagarbeidere i hver enkelt enhet.
- Identifisere enheter der det er relevant å øke andelen helsefagarbeidere.
- Forankre oppdraget i klinikker der en økning av andelen helsefagarbeidere vil være hensiktsmessig.

Arbeidet bør relateres til helhetlige utdannings- og karrieremuligheter og inkluderes i klinikkens årlige budsjettarbeid med bistand fra aktuelle stabsavdelinger.

Overordnet stillingsgruppe	Budsjetterte stillinger	Andel i %	Gj.snitt faste hittil i år	Andel i % hittil i år
01. Adm. og ledere	758,2	23,9	705,9	23,1
02. Pasientrettede stillinger	419,6	13,2	428,1	14,0
03. Leger	454,8	14,4	422,6	13,8
04. Psykologer	100,9	3,2	88,1	2,9
05. Sykepleiere	979,9	30,9	955,9	31,3
06. Helsefagarbeider/Hjelpepleier	143,5	4,5	133,8	4,4
07. Diagnostisk personell	131,4	4,1	125,6	4,1
09. Drift/teknisk personell	180,5	5,7	178,4	5,8
Annet		0,0	18,0	0,6
Sum	3 168,6	100,0	3 056,5	100,0

Tabellen indikerer at vi mangler 0,6 prosentpoeng for å nå målet for andelen helsefagarbeidere ift. de andre stillingsgruppene i helseforetaket.

Måloppnåelse: Middels

7.3 Utdanning av legespesialister

7.3.1 Iverksette ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelister.

Søknader om godkjenning som utdanningsvirksomhet er sendt for 32 spesialiteter i tillegg til del 2 for indremedisin og kirurgi. Nå jobber vi med å få på plass de siste endringene i kompetanseplanene i kompetansemodulem inkludert felles kompetanseplan slik at kompetanseplanene kan tildeles LIS. Når dette er klart (innen 15. juni) vil vi også startet opp med å konvertere LIS fra gammel til ny ordning.

Måloppnåelse: Høy

7.3.3 I søknad om godkjenning som utdanningsvirksomhet skal det for alle spesialiteter utarbeides minst én utdanningsplan hvor alle læringsmål oppnås i eget foretak eller ved hjelp av avtaler inngått mellom foretakene i regionen. Dette gjelder ikke de for spesialiteter der læringsmålene ikke tilbys i regionen.

I søknaden om godkjenning som utdanningsvirksomhet er det utarbeidet utdanningsplaner inkludert plan for spesialiseringsperioder. Disse generelle utdanningsplanene skal publiseres på intranett til 1. juni.

Måloppnåelse: Høy

8 Innfri økonomiske mål i perioden

8.1 Anskaffelsesområdet

8.1.1 I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert, og anskaffelsene skal være koordinert mellom helseforetakene og med Sykehusinnkjøp HF i forkant. Brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant.

Sykehusinnkjøp HF Region Nord har styrket organisasjonen og det er nå etablert månedlige taktiske møter som har til formål å følge opp innmeldte saker. I de taktiske møtene avklares det fortløpende om det er saker under grensen for utlysningssplikt, som kan løses lokalt. Det er opp til Sykehusinnkjøp HF til å se mulighetene for å gjennomføre felles prosesser med de andre Helseforetakene når det ligger til dette for det. Her skilles det imidlertid mellom rammeavtaler på forbruksmateriell og enkeltanskaffelser av utstyr eller tjenester. Etablering av nye felles rammeavtaler medfører strukturelle endringer i de enkelte helseforetakenes avtaleportefølje, og det kan derfor ta flere år før vi igjen har komplett avtaledækning. Dette er en viktig faktor i forbindelse med vurdering av det enkelte helseforetakets avtaledækning.

Sykehusinnkjøp HF har fortsatt begrenset kapasitet og sliter med å levere løsninger i det tempo som fordres.

Nordlandssykehuset HF deltar med brukerrepresentanter i alle anskaffelser der det etterspørres.

Måloppnåelse: Middels

8.1.2 Gjennomføre kontraktsoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.

Samarbeidsavtalen mellom Nordlandssykehuset HF og Sykehusinnkjøp HF er tydelig på at avtaleforvaltning skal ivaretas av Sykehusinnkjøp HF. Det er i den daglige samhandling med leverandørene at Innkjøpsavdelingen ved Nordlandssykehuset HF har kontakt med leverandørene. Kontakten varierer noe, avhengig av hvor aktive leverandørene er, sortiment og omfang av varekjøp og i hvilken grad vi opplever avvik fra kontraktene. Det ble i 2018 gjort innkjøp i Clockwork fra 506 ulike leverandører. 80 % av innkjøpene ble foretatt hos de 44 største.

Måloppnåelse: Middels

8.1.5 Redusere antall ad-hoc anskaffelser

Nordlandssykehuset HF har oversendt oversikt over anskaffelsesbehov for 2019 og 2020 til Sykehusinnkjøp HF, og med dette gitt Sykehusinnkjøp HF et godt grunnlag for planlegging av anskaffelsene i 2019. Når det gjelder investeringer i medisinteknisk utstyr har den årlige investeringsrammen til styrets disposisjon gjennom mange år vært for lav til å ivareta foretakets løpende behov for reanskaffelse av bygg og utstyr, og har derfor vanskeliggjort gjennomføring av planmessige reinvesteringer. Disponering av investeringsmidler det enkelte år er vurdert å løse det mest kortsiktige og kritiske behovet i driftsåret når det gjelder risiko for brekkasje/driftsavbrudd og utbedring av bygningsmessige forhold som berører pasienter og ansatte. Anskaffelsene gjennomførtes imidlertid i stor grad som følge av brekkasjesituasjoner innenfor de ulike utstyrsområder, og vil i begrenset grad kunne konkretiseres og planlegges med tanke på mer langsiktig samordning. Reduksjon i ad-hoc anskaffelser innenfor området medisinteknisk utstyr vurderes utfordrende ut fra dagens klassifisering, der alle anskaffelsesbehov som ikke er meldt innen 1. september året før vil bli definert «ad-hoc».

Måloppnåelse: Middels